



**Prossimità e organizzazione
delle cure: la medicina generale
di domani tra demografia e cronicità**

ACCADEMIA DI SPIROMETRIA

Come utilizzare le competenze acquisite e
le prospettive

Marzio UBERTI

**76° CONGRESSO
NAZIONALE**

7-12 ottobre 2019
Tanka Village - Villasimius (CA)

FIMMG®
Federazione Italiana Medici di Famiglia

Meds
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI



sottodiagnosi

- Asma
- BPCO

ASMA BRONCHIALE

PREVALENZA (2015)

7,2%

TREND 2005 - 2015

Netta crescita tra il 2005 (3,3%) e il 2015 (7,2%).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Elevata variabilità geografica nelle stime di prevalenza: la regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (13,6%), seguita da Abruzzo e Molise (7,9%), Sicilia (7,7%) e Liguria (7,5%).

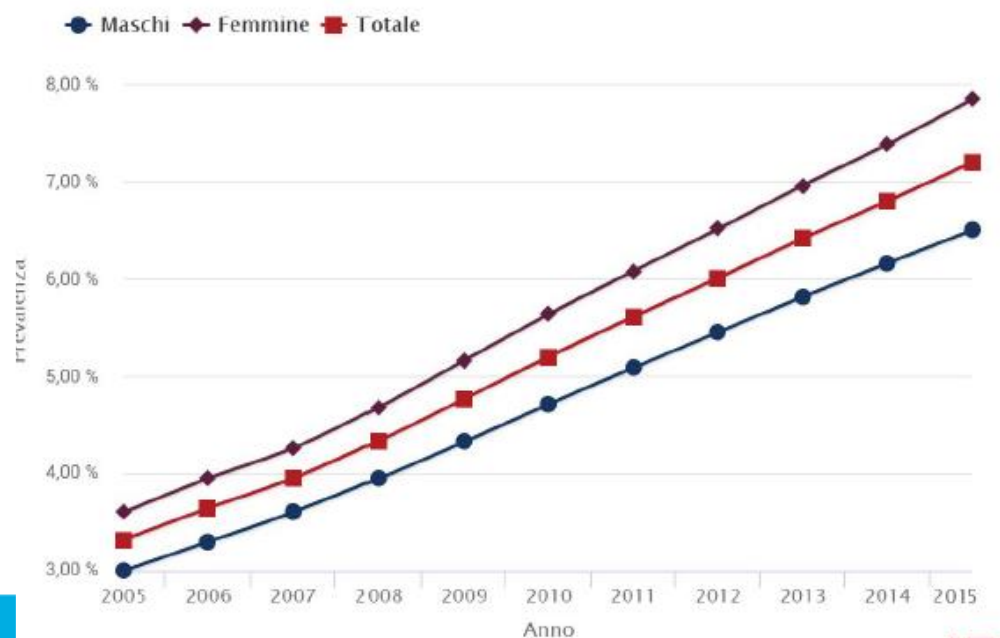
DIFFERENZE DI GENERE

Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (7,9% vs. 6,5%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Per gli uomini esiste una relazione inversa all'aumentare dell'età, andando da 10,3% nella fascia 15-24 anni a 4,7% negli ultra 85enni. Invece, tra le donne la prevalenza presenta variazioni inferiori al variare della fascia d'età e risulta massima tra 55 e 64 anni (8,6%).

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ASMA BRONCHIALE: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2005-2015)





sottodiagnosi

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

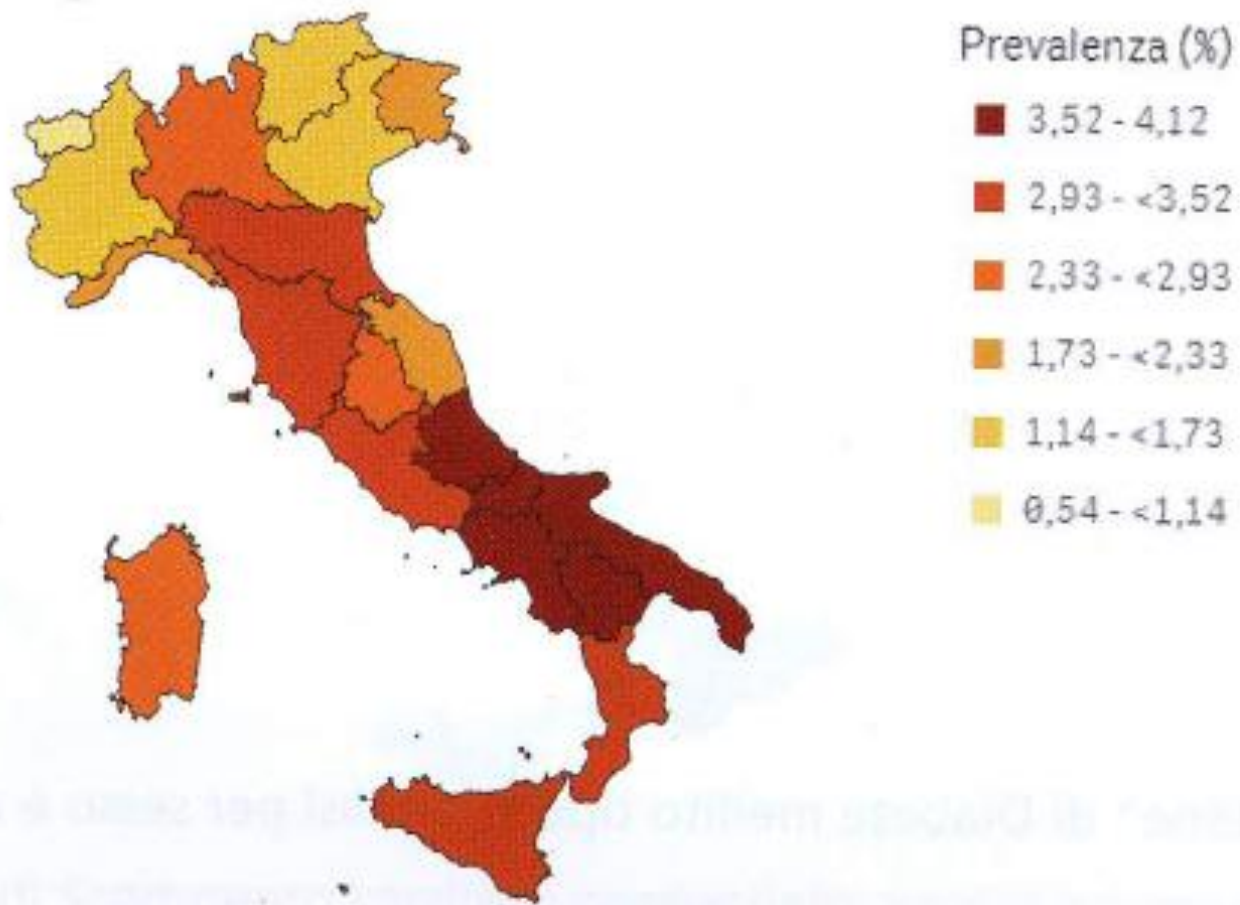
2,9%

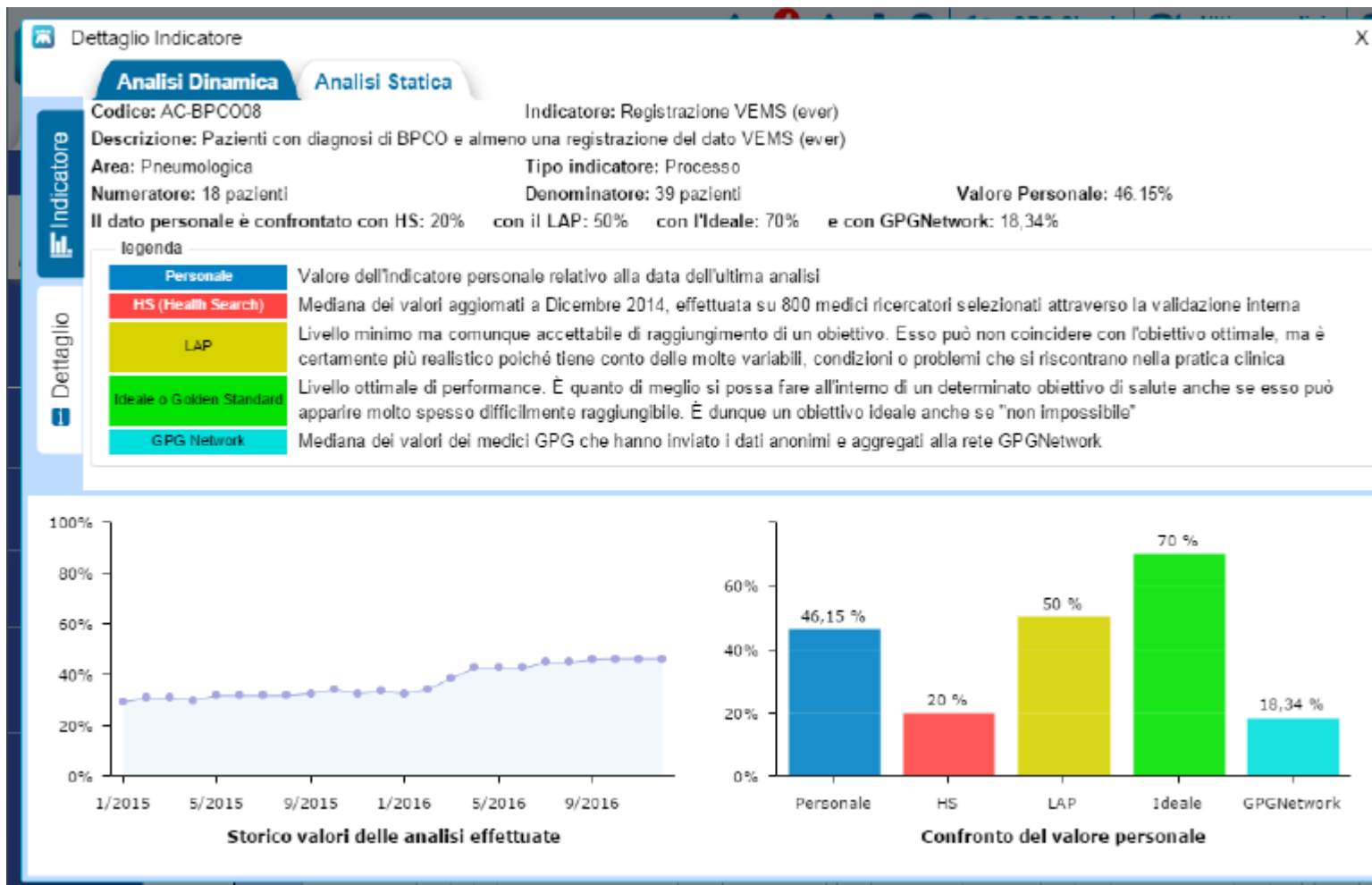
Trend crescente: dal 2,0% del 2004 al 2,9% del 2014.

Valori più elevati nel Sud. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (4,1%), seguita da Basilicata (3,8%), e da Puglia, Molise e Abruzzo (3,7% ciascuna).

Stime sensibilmente maggiori negli uomini rispetto alle donne (3,5% vs. 2,3%).

Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO: analisi per regione (anno 2014)

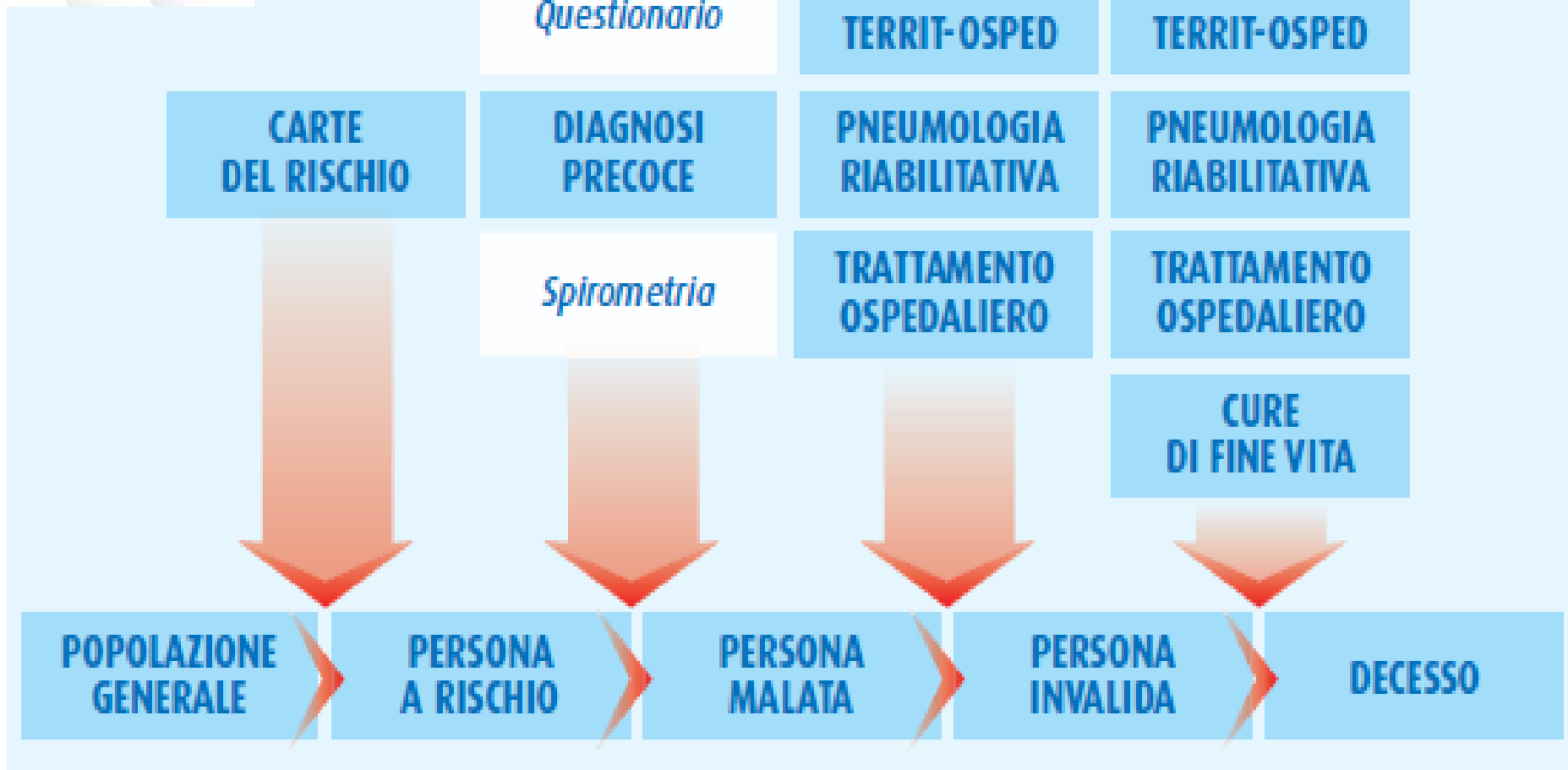




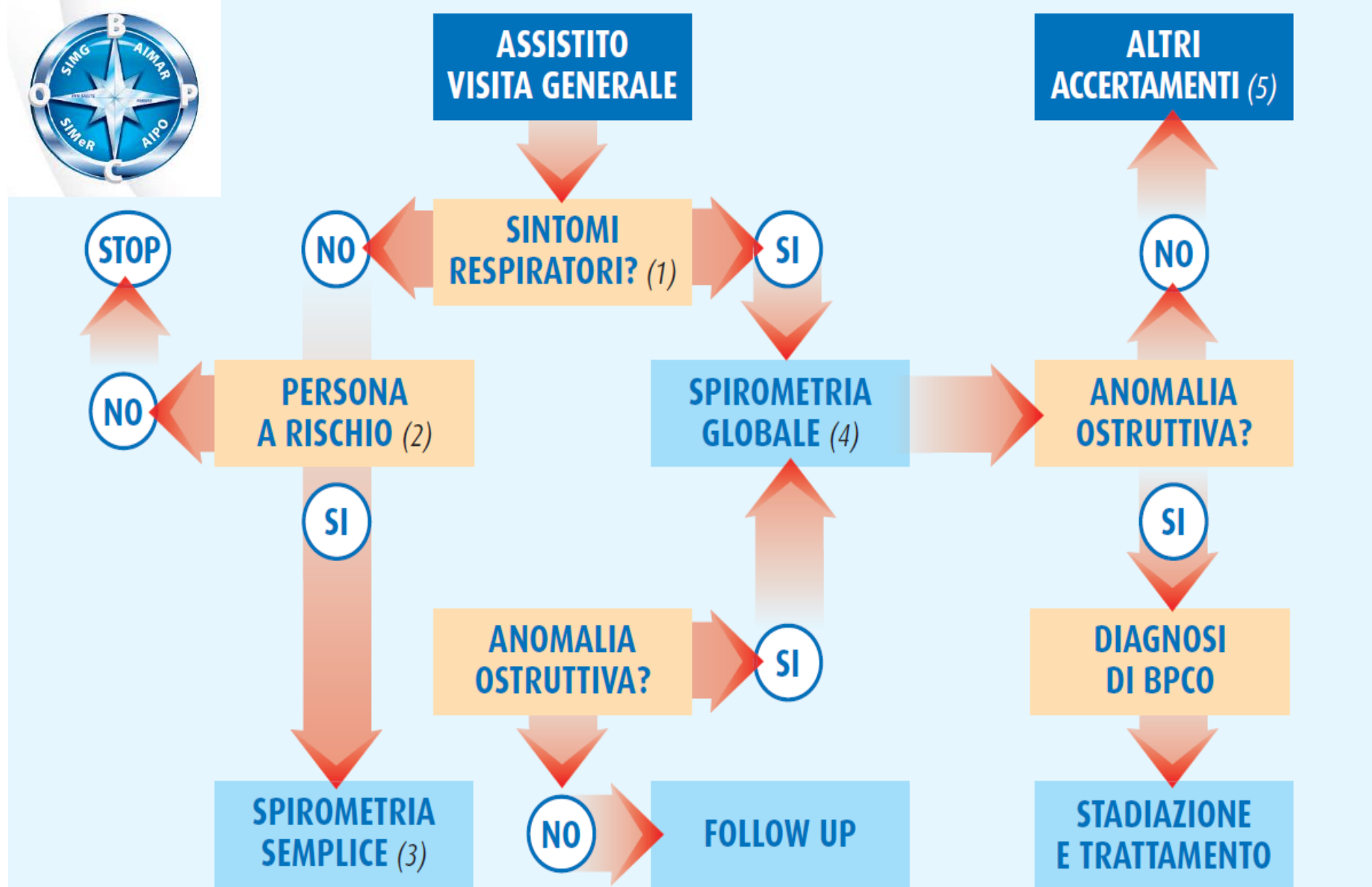
39 pz su 1500 = 2,6%



**La gestione
clinica integrata
della BPCO**



- CESSAZIONE DEL FUMO
- EDUCAZIONE SANITARIA
- EDUCAZIONE TERAPEUTICA
- CONTROLLO DELL'INQUINAMENTO INTERNO ED ESTERNO



(1) Ricerca attiva dei sintomi, anche con questionari ad "hoc", ogni 1-2 anni se presente il rischio (vedi appendice 1);

(2) Utilizzo carte del rischio CNR-ISS (vedi appendice 2);

(3) Spirometria semplice;

SCREENING O CASE FINDING?






Provide GPs with spirometry, not spirometers

Paul Enright

thorax.bmj.com on 23 May 2008



Piotr Korczyński¹, Katarzyna Górską¹, Piotr Jankowski², Jakub Kosiński², Agata Kudas²,
Katarzyna Sułek², Maria Jankowska², Kaja Jaśkiewicz², Rafał Krenke¹

Public spirometry campaign in chronic obstructive pulmonary disease screening — hope or hype?

The authors declare no financial disclosure

Conclusions: Public spirometry campaign does not seem to be an effective way of COPD screening. Smokers are reluctant to undergo complimentary spirometry even in the presence of pronounced respiratory symptoms. Our observations may be helpful in elaborating future screening programs for COPD.

Key words: airway obstruction, chronic obstructive pulmonary disease, public spirometry

Adv. Respir. Med. 2017; 85: 143–150



CrossMark

Screening for COPD: the gap between logic and evidence

Alan Kaplan¹ and Mike Thomas²

ABSTRACT Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common disease leading to further morbidity and significant mortality. The first step for any condition is to make the appropriate diagnosis, and spirometry barriers abound in practice around the world. It is tempting to undertake mass screening on all smokers to detect COPD. While this would pick up cases of COPD, results of studies of its effect on COPD end-points such as exacerbations, hospitalisations and mortality are disappointing. As such, aggressive case finding of COPD by screening for symptoms that patients may not themselves perceive is very important in primary care, with subsequent spirometry defining the diagnosis.

We also have to separate out population screening from individual patient interactions. Performing spirometry, even on a truly asymptomatic patient, may allow earlier diagnosis and modification of risk factors such as smoking (mostly) and exacerbation risk. It also recognises patients with early disease who

Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care

Kylie Hill BSc(PT) PhD, Roger S. Goldstein MB ChB, Gordon H. Guyatt MD MSc, Maria Blouin RRT, Wan C. Tan MBBS MD, Lori L. Davis BSc, Diane M. Heels-Ansdell MSc, Marko Erak, Pauline J. Bragaglia BMedSc MD, Itamar E. Tamari MD, Richard Hodder MSc MD, Matthew B. Stanbrook MD PhD

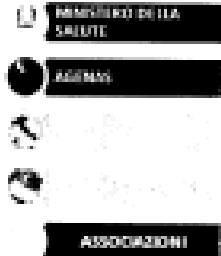
CMAJ • APRIL 20, 2010

Interpretation: Among adult patients visiting a primary care practitioner, as many as one in five with known risk factors met spirometric criteria for COPD. Underdiagnosis of COPD was frequent, which suggests a need for greater screening of at-risk individuals. Knowledge of the prevalence of COPD will help plan strategies for disease management.

BPCO e IRC

MACRO ATTIVITA'

- Programmi nazionali di prevenzione e controllo dei fattori di rischio
- Favorire un percorso di adeguato ai bisogni dei pazienti nel rispetto di linee guida



OGGETTIVI GENERALI

- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio ed i suoi collegati a livello politico e sociale
- Prevenire le ricadute e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva della persona nel suo domicilio ed i ricoveri anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere

OGGETTIVI SPECIFICI

- Casualità del fumo
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor- educazione sanitaria
- Educazione del paziente/caregiver all'autogestione della malattia
- Prevenzione delle ricadute
- Migliorare la qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura
- Sensibilizzare e attivare la formazione del MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di insufficienza respiratoria e loro iniezione precoce nelle strutture ospedaliere/spedaliere per evitare condizioni complicanti
- Prevenire infezioni
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MMG
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

RISULTATI ATTESI

- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

INDICATORI

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC
- % di popolazione iscritta in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimezza (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente

LINIE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Implementare una carta di rischio respiratorio
2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia
3. Implementare l'integrazione multidisciplinare e multi professionale adottando i PDTA
4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance
5. Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita
6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale
7. Implementare la riabilitazione respiratoria
8. Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina)
9. Sensibilizzazione e formazione del MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro iniezione precoce nelle strutture ospedaliere/spedaliere per evitare condizioni complicanti
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (CF) con approccio biopsicosociale
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare l'ossigenoterapia, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità



RISULTATI ATTESI

- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

INDICATORI

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente



Principali criticità

- Scarsa conoscenza dei fattori di rischio.
- Scarsa attenzione alla BPCO come problema grave di sanità pubblica.
- Insufficiente sensibilizzazione dei MMG.
- Insufficiente formazione dei professionisti sanitari.
- Scarsa aderenza dei pazienti con BPCO alla terapia farmacologica e riabilitativa.
- Scarsa aderenza dei pazienti con BPCO alla profilassi.
- Inappropriatezza delle prescrizioni dell'ossigenoterapia domiciliare e della ventilo-terapia domiciliare.
- Scarsa diffusione delle nuove tecnologia di monitoraggio e terapia a distanza.
- Scarsa diffusione di programmi di assistenza palliativa per la BPCO e l'IRC in fase avanzata.
- Carenza di interventi utili per ritardare l'insorgenza dell'insufficienza respiratoria.
- Carente integrazione degli interventi in reparti per acuti (diagnosi e trattamento delle riacutizzazioni).
- Assenza di coordinamento tra Distretto sanitario e reparto per acuti.



Obiettivi specifici

- Cessazione del fumo.
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor - educazione sanitaria.
- Educazione del paziente/Caregiver all'autogestione della malattia.
- Prevenzione delle riacutizzazioni.
- Miglioramento della qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura.
- Sensibilizzare a attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti.
- Prevenire infezioni ricorrenti.
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria.
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM.
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato



Linee di intervento proposte

1. Implementare una carta di rischio respiratorio.
2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia.
3. Implementare l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale adottando i PTDA.
4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance.
5. Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia, ventilo-terapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita.
6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale.
7. Implementare la riabilitazione respiratoria.
8. Messa a regime dei modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina).
9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti.
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del Caregiver.
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare l'ossigenoterapia, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale



Risultati attesi

- Aumento della popolazione curata a domicilio anche attraverso forme di teleassistenza.
- Riduzione dell'ospedalizzazione.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa rispetto al trend dell'anno precedente.




Di seguito si riportano alcuni ulteriori indicatori utili per il monitoraggio


- *n. ex fumatori*
- *n. fumatori attivi < 20 anni*
- *n. fumatori > 20 anni*
- *n° di spirometrie in pazienti con sospetta BPCO*
- *n. accessi al PS*
- *n° ricoveri ospedalieri per DRG 87-88*
- *prestazioni di monitoraggio della funzionalità respiratoria (spirometria)*
- *frequenza e gravità delle riacutizzazioni*


PDTA regionali



 **Piano Socio Sanitario Regionale 2006 - 2008**

RETE PNEUMOLOGICA

 **REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA**




**BRONCOPNEUMOPATIA
CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)**

Percorsi diagnostico terapeutici
condivisi per i medici di medicina generale
ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia



REGIONE MOLISE

**PDTA
Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)**



Regione Campania
*Il Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 40 del 05.05.2015

Oggetto: *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (B.P.C.O.). Adozione*

 **REGIONE
PIEMONTE**

Profilo Integrato di Cura
della
**BRONCOPNEUMOPATIA
CRONICA
OSTRUTTIVA**


2010

 **REGIONE DEL VENETO**
giunta regionale - 9^a legislatura

ALLEGATO A alla Dgr n. 206 del 24 febbraio 2015

pag. 1/36

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione
della Bronco - Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)



REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 11 del 2 Aprile 2015

 **AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

**Broncopneumopatia
Cronica Ostruttiva**

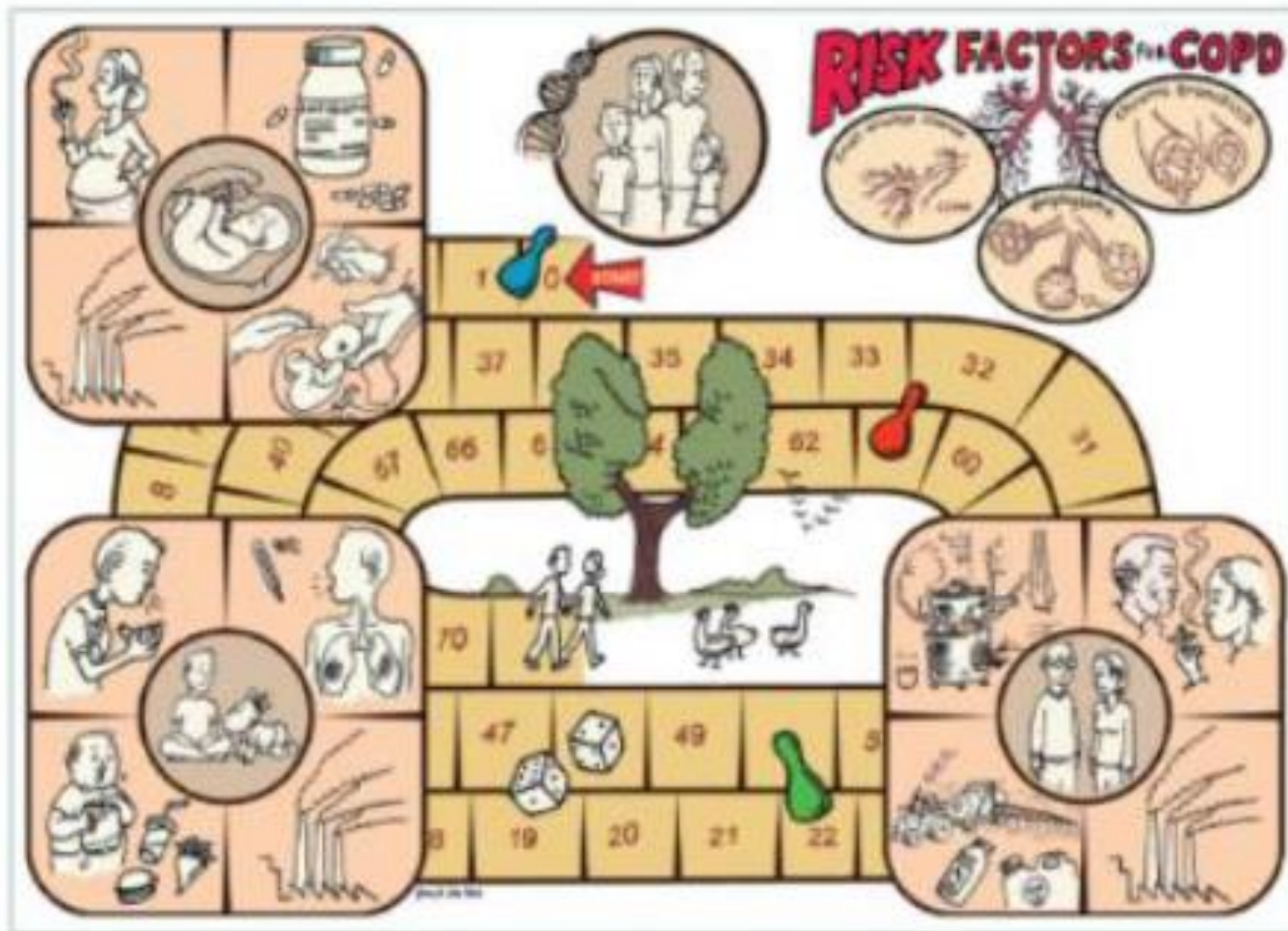
Linee guida nazionali di riferimento
per la prevenzione e la terapia



Screening

- È la parte più interessante e più «fitting» con la MG

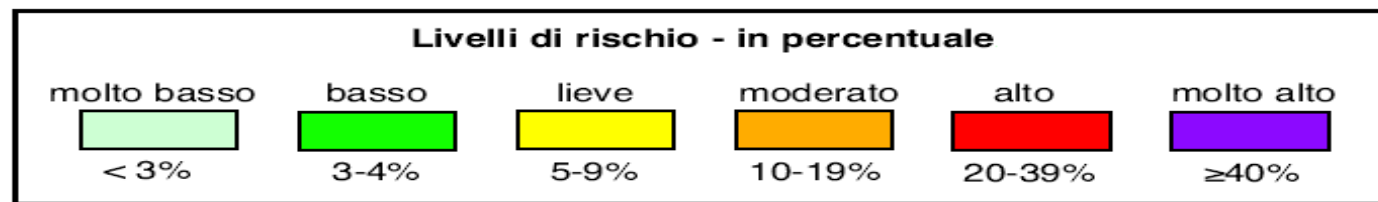
RISK FACTORS AND EARLY ORIGINS OF COPD



Postma DS, et al. Lancet 2015;385:899-909

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età del soggetto, in funzione dei fattori di rischio (ISS, 2004)

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione	Light Green	Light Green	Light Green	Bright Green	Yellow
Esposizione ambientale	Light Green	Light Green	Light Green	Yellow	Orange
Esposizione lavorativa	Light Green	Light Green	Light Green	Yellow	Orange
Entrambe le esposizioni	Light Green	Light Green	Bright Green	Orange	Red
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione	Light Green	Light Green	Bright Green	Yellow	Orange
Esposizione ambientale	Light Green	Light Green	Yellow	Orange	Red
Esposizione lavorativa	Light Green	Bright Green	Yellow	Orange	Red
Entrambe le esposizioni	Bright Green	Yellow	Yellow	Red	Purple
Fumatori					
Nessuna esposizione	Light Green	Light Green	Bright Green	Orange	Red
Esposizione ambientale	Light Green	Bright Green	Yellow	Orange	Red
Esposizione lavorativa	Bright Green	Bright Green	Yellow	Red	Red
Entrambe le esposizioni	Bright Green	Yellow	Orange	Red	Purple



Fumo e patologie respiratorie
Le carte del rischio
per Broncopneumopatia Cronica
Ostruttiva e Tumore al polmone



Istituto Superiore di Sanità

Codice: AC-BPC004

Indicatore: Registrazione dato fumo (ever)

Descrizione: Pazienti con diagnosi di BPCO e dato abitudine al fumo registrato (ever)

Area: Pneumologica

Tipo indicatore: Processo

Numeratore: 39 pazienti

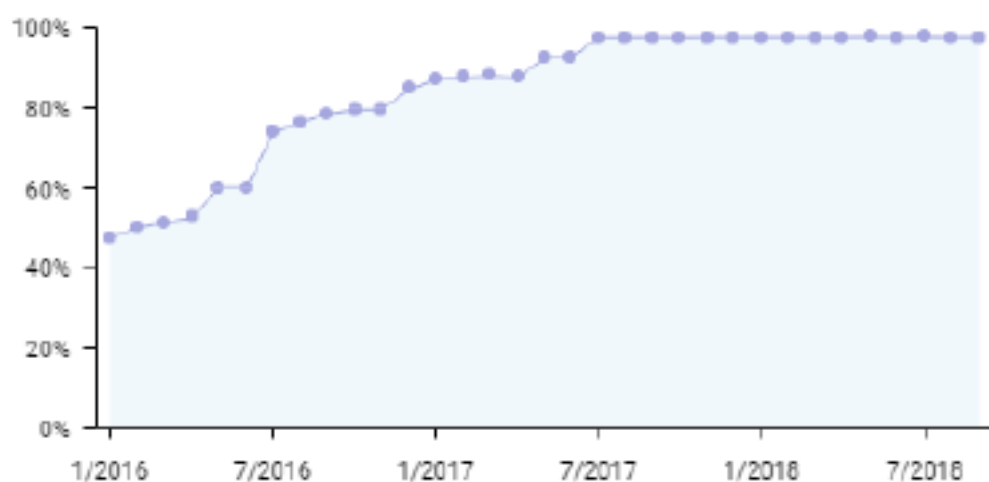
Denominatore: 40 pazienti

Valore Personale: 97.5%

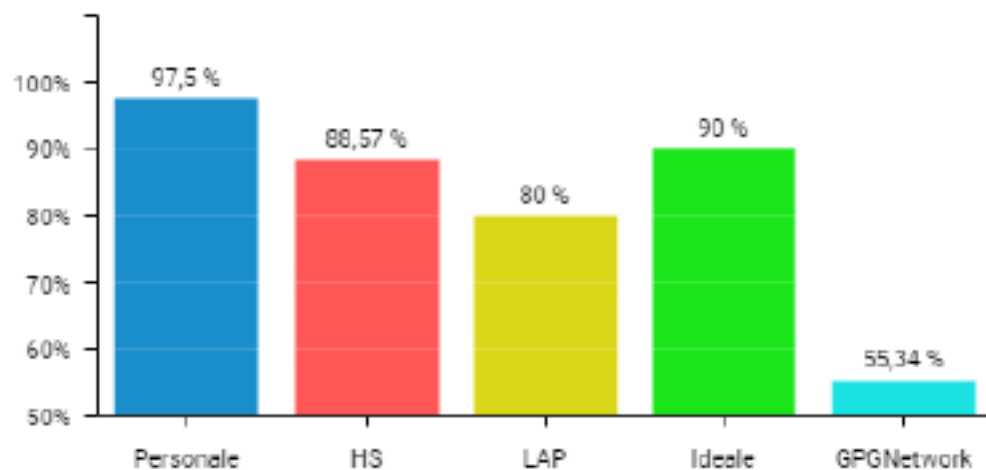
Il dato personale è confrontato con HS: 88,57% con il LAP: 80% con l'ideale: 90% e con GPGNetwork: 55,34%

legenda

Personale	Valore dell'indicatore personale relativo alla data dell'ultima analisi
HS (Health Search)	Mediana dei valori aggiornati a Dicembre 2016, effettuata su 800 medici ricercatori selezionati attraverso la validazione interna
LAP	Livello minimo ma comunque accettabile di raggiungimento di un obiettivo. Esso può non coincidere con l'obiettivo ottimale, ma è certamente più realistico poiché tiene conto delle molte variabili, condizioni o problemi che si riscontrano nella pratica clinica
Ideale o Golden Standard	Livello ottimale di performance. È quanto di meglio si possa fare all'interno di un determinato obiettivo di salute anche se esso può apparire molto spesso difficilmente raggiungibile. È dunque un obiettivo ideale anche se "non impossibile"
GPG Network	Mediana dei valori dei medici GPG che hanno inviato i dati anonimi e aggregati alla rete GPGNetwork



Storico valori delle analisi effettuate



Confronto del valore personale

Dettaglio Indicatore

Analisi Dinamica | **Analisi Statica**

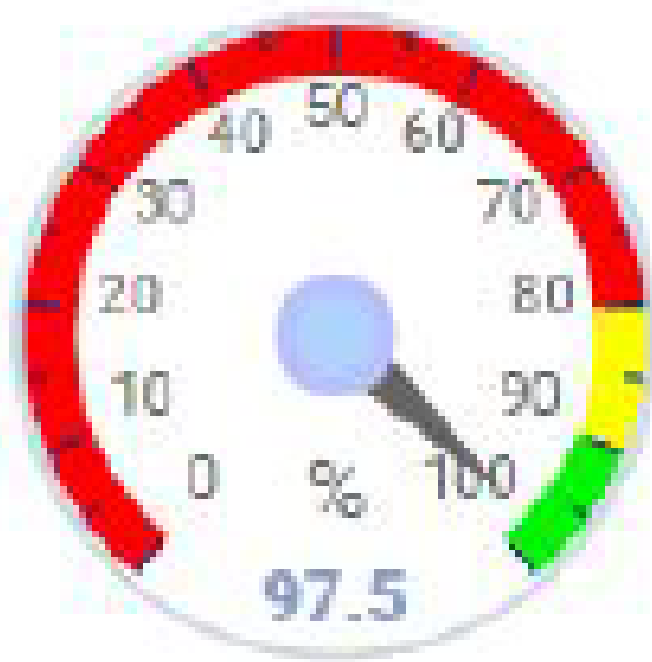
Codice: AC-BPC004 **Indicatore:** Registrazione dato fumo (ever)
Descrizione: Pazienti con diagnosi di BPCO e dato abitudine al fumo registrato (ever)
Area: Pneumologica **Tipo indicatore:** Processo
Il dato personale è confrontato con HS: 88,57% **con il LAP:** 80% **e con l'Ideale:** 90%

Indicatore | Dettaglio

legenda

Personale	Distribuzione del valore dell'indicatore personale per anno
HS (Health Search)	Mediana dei valori aggiornati a Dicembre 2016, effettuata su 800 medici ricercatori selezionati attraverso la validazione interna
LAP	Livello minimo ma comunque accettabile di raggiungimento di un obiettivo. Esso può non coincidere con l'obiettivo ottimale, ma è certamente più realistico poiché tiene conto delle molte variabili, condizioni o problemi che si riscontrano nella pratica clinica
Ideale o Golden Standard	Livello ottimale di performance. È quanto di meglio si possa fare all'interno di un determinato obiettivo di salute anche se esso può apparire molto spesso difficilmente raggiungibile. È dunque un obiettivo ideale anche se "non impossibile"





Registrazione fumo nei
EPCO



Early Detection of COPD in a High-Risk Population Using Spirometric Screening*

Jan Zieliński, MD, PhD, FCCP; Michał Bednarek, MD, and the Know the Age of Your Lung Study Group†

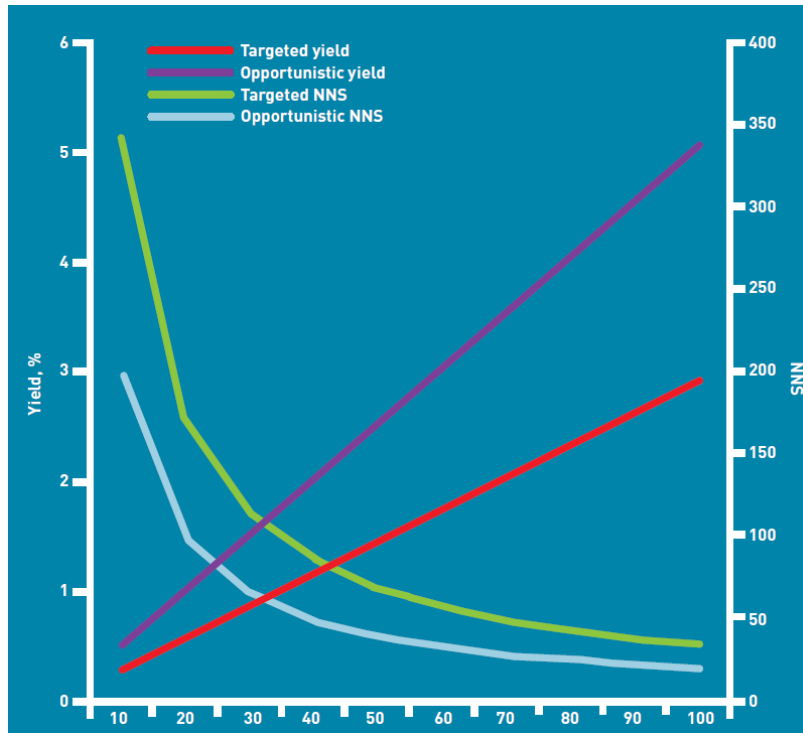
CHEST 2001

Conclusions: Mass spirometry **in high-risk groups** is an effective and easy method for the early detection of COPD.

Case finding for chronic obstructive pulmonary disease in primary care:

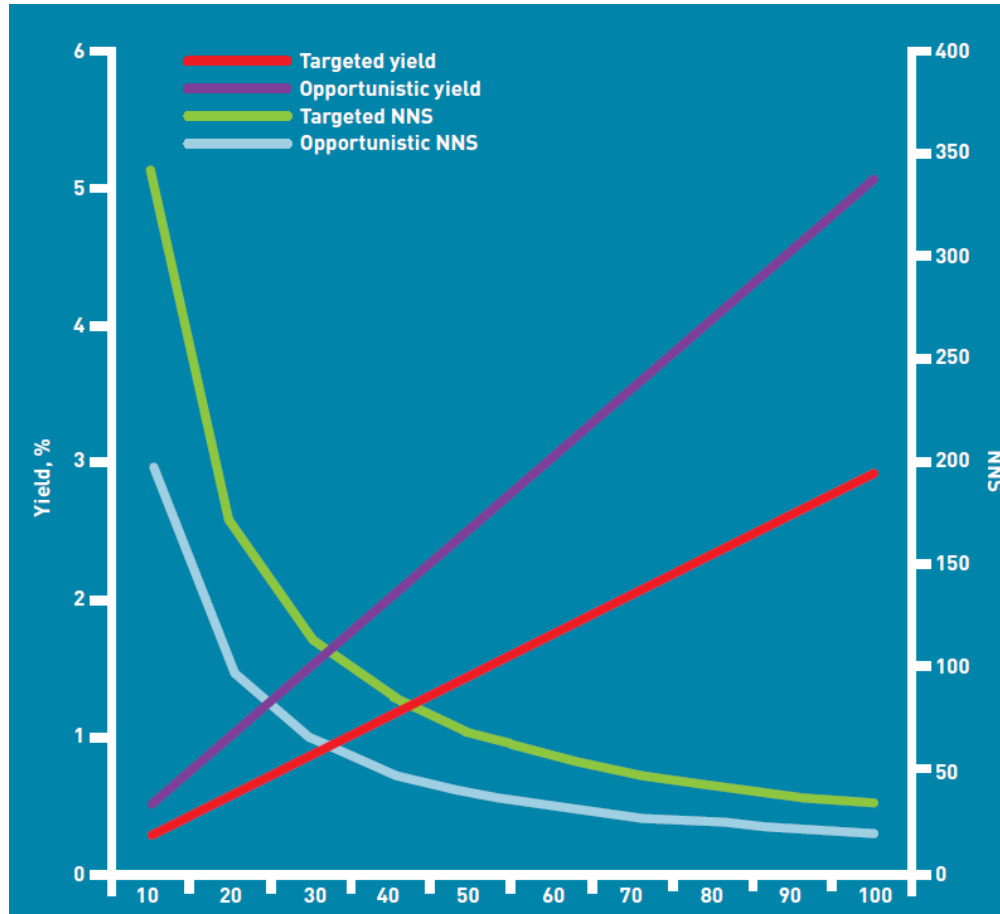
a pilot randomised controlled trial

British Journal of General Practice, January 2013



Cost effectiveness of case finding extrapolated to 12 months

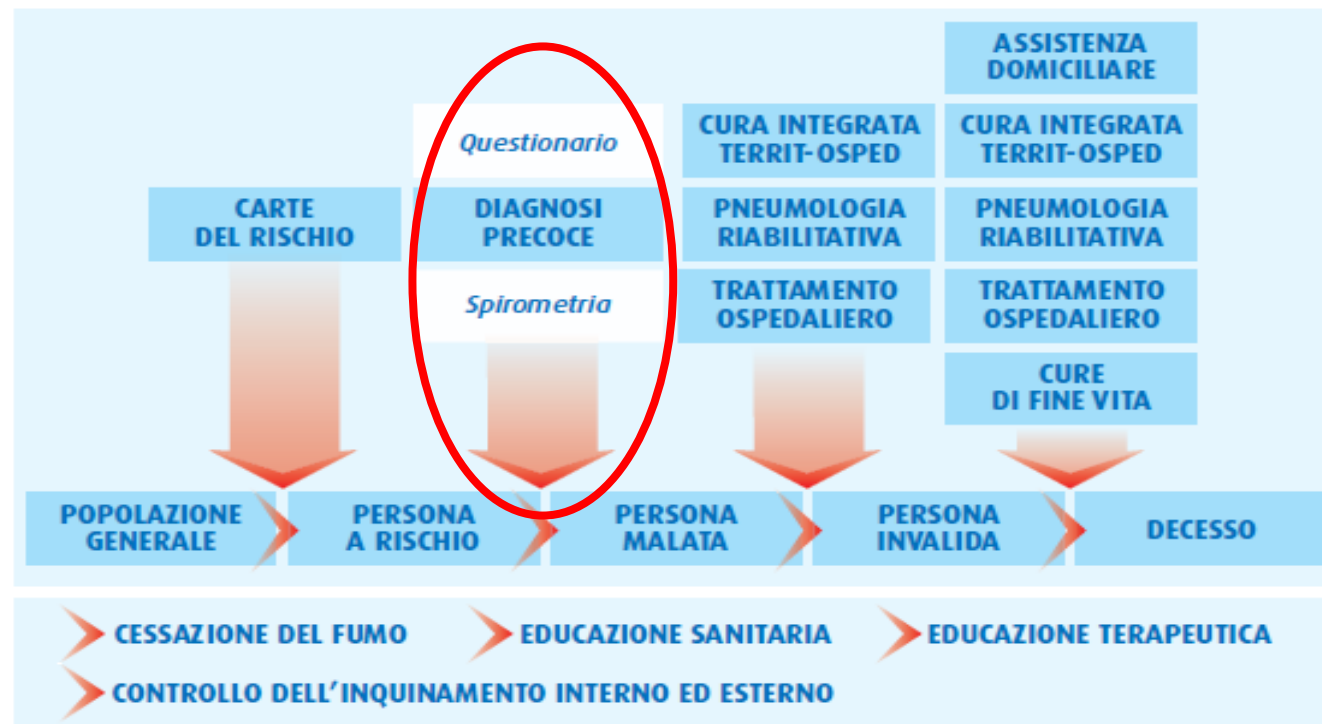
Items	Including cost of spirometer and nebuliser, £		Excluding cost of spirometer and nebuliser, £	
	T	O	T	O
Questionnaire pack	305.91	12.57	305.91	12.57
Administration	2445.00	2457.00	2445.00	2457.00
Reminders	488.62	327.69	488.62	327.69
Spirometry	1006.08	1077.94	1006.08	1077.94
Total	4613.40	4242.99	4245.61	3875.20
Number diagnosed	10	16	10	16
Cost per diagnosis	461.34	265.19	424.56	242.20



Conclusioni di GOLD 2017

- Il ruolo della spirometria e' controverso.
- Negli individui asintomatici senza fattori di rischio probabilmente non è indicata.
- In presenza di fattori di rischio e/o sintomi può essere presa in considerazione come metodo per una diagnosi precoce.
- **NETTA DIFFERENZA TRA SCREENING E DIAGNOSI PRECOCE!!**

- Esiste quindi un importante spazio di riconoscimento che i MMG DEVE utilizzare





Quante spirometrie sarebbero da fare? È sostenibile? Possibili soluzioni?

- Prima diagnosi:
 - Popolazione italiana sopra 18 anni
 - % fumatori? + esposti a rischio professionale
 - > 20 P/Y?
- Follow up:
 - Asmatici. Ogni anno?
 - BPCO. Ogni anno?
 - Preoperatori
 - Med del lavoro
 - Med dello sport
- TOTALE

Modelli organizzativi avanzati e carichi di lavoro - spirometria

MMG e I.P.

- **Spirometria semplice** (gruppi organizzati)
- Presa visione del problema emergente dal dato spirometrico e pianificazione azioni successive (3-5 minuti) da registrare in Cartella Clinica
- CAT e/o mMRC

40 minuti I.P. – 15 minuti MMG

31° CONGRESSO NAZIONALE SIMG
2014 Job description BPCO
Coord. G. Bettoncelli

Modelli organizzativi avanzati e carichi di lavoro - spirometria

Ipotizzando una prevalenza «reale» di BPCO intorno al 6%, partendo da una ipotetica attuale del 3% si prevedono 30 nuove diagnosi BPCO/1000 pz. Se un MMG raggiunge opportunisticamente tutti i pazienti in 3 anni, avremo i seguenti costi annuali per 10 nuove diagnosi/anno:

I.P.: 20 h (5 giorni)

MMG: 7,5 h (2 giorni circa)

31° CONGRESSO NAZIONALE SIMG
2014 Job description BPCO
Coord. G. Bettoncelli



prospettive

- Censire i progetti già esistenti
- Fare tesoro di criticità e insegnamenti
- Ipotizzare inserimento in accordi convenzionali



Criteri irrinunciabili

- Formazione e training
- Medicina di gruppo o bacino di utenza sufficiente a mantenere competenza e ammortizzare i costi
- Collegamento con II livello per:
 - Invio
 - Controllo qualità



Grazie per l'attenzione